Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok VIII. Lipiec-Sierpień 1936 Nr. 7-8

Pielęgniarka Polska Nr. 7-8

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 7-8

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

przy opłacie zgóry za cały rok — 25% rabatu — 6 zł.

Rocznie 8 zł. Miesięcznie 70 gr. 2 Miesiące 1·40 zł.

Kwartalnie 2·00 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Rok VIII Lipiec - Sierpień 1936 Nr 7-8

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARJI STAROWIEYSKIEJ

U progu trzechsetlecia istnienia Domu Ks. Boduena w Warszawie

VII

Zakończenie

Dom ks. Boduena powstał, jako akt miłosierdzia, powstał w czasach, kiedy „nagiego przyodziać, głodnego nakarmić" — było nakazem epoki.

W roku 1732 ks. Piotr Gabrjel Boduen ze Zgromadzenia Ks. Misjonarzy w Polsce z zebranych ofiar nabył obok pałacu Staszyca, na Krakowskiem Przedmieściu, kamienicę i w niej urządził dom dla dzieci podrzucanych, w którym dzieci „w pobożności chrześcijańskiej i w różnych płci swojej przyzwoitych naukach ćwiczone były".

Wkrótce mały przytułek dla podrzutków staje się wielką instytucją, rozszerzając zakres opieki i na dorosłych. Powstaje jeneralny przytułek „dla wszelkiej niedoli ludzkiej, dla każdej nędzy pomimowolnej, czy dobrowolnej" i otrzymuje nazwę Szpitala Generalnego im. Dzieciątka Jezus. Z czasem Szpital Generalny dzieli się na dwa zakłady: jeden dla dorosłych — dzisiejszy Szpital Dzieciątka Jezus, drugi dla dzieci — Dom ks. Boduena.

Za życia ks. Boduena dziecko, porzucone przez matkę, znajdowało w zakładzie schron i opiekę aż do czasu, kiedy mniej lub więcej przygotowane do pracy zarobkowej, mogło pójść samodzielnie w życie. Zakład kształcił dzieci w rzemiosłach. Liczba dzieci pozostających pod opieką zakładu niepomiernie wzrastała. Na prowadzenie zakładu potrzebne były coraz to większe fundusze, o które było coraz to trudniej. Zmieniły się warunki polityczne kraju. Dom ks. Boduena znalazł się w ręku okupacyjnych władz rosyjskich, które zarządzały zapisami i funduszami zakładu. Ofiarność publiczna zmalała.

Ten stan nasuwał konieczność reform w prowadzeniu zakładu. W historji Domu ks. Boduena nastąpił okres, który nazwać można okresem przechodzenia z opieki zamkniętej na opiekę otwartą. Szukano form opieki otwartej. Zaczęto wydawać dzieci „na opiekę“ za opłatą.

Ta forma opieki nie wytrzymała jednak próby życiowej. Oddane pod płatną opiekę dzieci, często były przedmiotem wyzysku przez opiekunów. Opiekunowie z jednej strony pobierali od zakładu opłaty za wychowywanie dzieci, zaś z drugiej strony, zamiast wychowywać i kształcić, zmuszali dzieci do pracy zarobkowej i czerpali z tego zyski. Próbowano zorganizować inspekcje i kontrole nad opiekunami i wychowankami. Podniosło to bardzo koszta administracyjne opieki, nie dając zmiany na lepsze. Wydawanie dzieci „na opiekę“ za opłatą było praktykowane zgórą sto lat. W okresie wielkiej wojny, po ustąpieniu władz okupacyjnych z kraju, ta forma opieki otwartej upadła.

Okres wielkiej wojny nie był jednak okresem pomyślnym dla dziecka. Liczba dzieci porzuconych, bezdomnych i sierot wzrastała. Władze stolicy, po wypełnieniu i przepełnieniu dziećmi zakładów własnych, oddawały dzieci za opłatą na wychowanie do zakładów społecznych: świeckich i zakonnych. Dziecko opuszczone znalazło się w murach opieki zamkniętej. Poza ujemnemi cechami życia zakładowego, ta forma opieki miała i tę złą stronę, że była kosztowna. Miasto w roku 1933 miało na swem pośredniem lub bezpośredniem utrzymaniu około 7.000 dzieci. Kryzys ekonomiczny w kraju pogłębiał się. Należało szukać wyjścia przedewszystkiem uwzględniającego interes dziecka.

W ostatnich kilku latach opieka nad dzieckiem opuszczonem w stolicy przybiera nowe formy. Idziemy w dwu kierunkach: z jednej strony staramy się zapobiegać porzucaniu dzieci i niemowląt, zaś z drugiej strony opuszczone dzieci staramy się zwracać własnej matce, względnie szukamy dla dziecka rodziny zastępczej.

Ze zjawiskiem porzucania dzieci walczymy przez roztaczanie opieki nad opuszczoną matką — przedewszystkiem kobietą ciężarną. Dom ks. Boduena posiada kilka opiekunek przyzakładowych, które w schroniskach, przytułkach, w zakładach położniczych i aresztach policyjnych szukają kontaktów z bezradną, opuszczoną kobietą ciężarną, najczęściej matką nieślubną, by jej ułatwić uzyskanie opieki prawnej, pomocy materjalnej i zdrowotnej oraz umożliwić utrzymanie i wychowanie dziecka przy sobie. Dom ks. Boduena korzysta z pomocy radcy prawnego, który prowadzi dzisiaj już kilkaset spraw o alimenty. Dom ks. Boduena współpracuje z instytucjami i organizacjami społecznemi, które mu pomagają w sprawowaniu opieki nad dzieckiem i matką, wreszcie do Domu ks. Boduena są przyjmowane matki opuszczone z niemowlętami dla udzielenia im pomocy aż do czasu ich usamodzielnienia się.

Zaś dzieciom, które przybyły, jako dzieci „porzucone", dzieci nieznanych rodziców, staramy się albo odszukać własną matkę i umożliwić jej zabranie dziecka z zakładu, albo też szukamy dla tych dzieci rodzin zastępczych. Jest dużo małżeństw bezdzietnych, które pragną dziecka. Staramy się odpowiednio dobierać dziecko dla rodziny, a rodzinę dla dziecka z tem jednak, by dziecko z rodziną zastępczą wiązać jedynie uczuciem.

W tem rozumieniu Dom ks. Boduena przestaje być zakładem zamkniętym, instytucją w sobie, a staje się ogniwem w pewnym systemie opieki nad dzieckiem opuszczonem, jest Domem Matki i Dziecka, który zapewnia na pewien okres przejściowy dziecku porzuconemu, względnie matce opuszczonej opiekę prawno-społeczną, wychowawczą i zdrowotną z tem, by:

a) porzucone dziecko mogło opuścić zakład, przechodząc pod opiekę matki, rodziny lub naturalnych czy przybranych opiekunów;

b) by opuszczona matka mogła wyjść z zakładu wraz z dzieckiem, prowadzić i wychowywać je w warunkach opieki rodzinnej.

Dr Józef Lubczyński

Pielęgnowanie chorych w przypadkach urologicznych

Choroby nerek, moczowodów, pęcherza moczowego, cewki, jąder, najądrzy, powrózka nasiennego i pęcherzyków nasiennychh oraz choroby prącia i worka mosznowego ujęto we wspólną grupę schorzeń urologicznych. Schorzenia urologiczne wymagają często leczenia operacyjnego, na skutek czego urologją zajmują się chirurdzy, a personel pielęgniarski, zatrudniony przy chorych urologicznych, musi posiadać także pełne wyszkolenie pielęgniarek oddziałów chirurgicznych.

Chorzy urologiczni stanowią specjalny rodzaj chorych, są bowiem bardzo drażliwi z powodu stale trapiących ich dolegliwości. Cierpią zwykle w dzień i w nocy na bolesną potrzebę oddawania moczu tzw. parcie na mocz, psychicznie i fizycznie bardzo wyczerpujące. Miewają silne bóle podczas aktu moczenia, ponadto są skazani na stałe przebywanie w łóżku z basenem lub kaczką z moczem, często wskutek amoniakalnego rozkładu silnie cuchnącym, który rozlewa się łatwo podczas ruchów chorego lub podczas snu, zanieczyszczając łóżko. Nie tylko jednak nerwowy stan chorych zmusza pielęgniarkę do uzbrojenia się w wyrozumiałość i cierpliwość, lecz często także i stan ich umysłowości. Duży odsetek pacjentów urologicznych — to chorzy z zaburzeniami w oddawaniu moczu spowodowanemi starczym przerostem gruczołu krokowego. Ci, często już w stanie starczego otępienia, pełni dziwactw, uporu i złośliwości, niezręczni i mało dbający o czystość, wymagają naprawdę dużo dobrej woli, cierpliwości i wyrozumiałości ze strony personelu pielęgniarskiego.

Poza wyszkoleniem chirurgicznem i dużemi walorami osobistemi, należy wymagać od pielęgniarki, opiekującej się chorymi urologicznymi, także szeregu wiadomości fachowych z dziedziny urologji. Wiadomości te dotyczą

zarówno prostych urologicznych czynności pielęgniarskich, jak i przynajmniej pobieżnej znajomości symptomatologji groźnych powikłań chorób urologicznych, t. j. mocznicy, posocznicy i zapalenia płuc, o których to objawach pielęgniarka winna natychmiast zawiadomić lekarza; dalej wreszcie umiejętności wykonywania pewnych badań diagnostycznych, pracowniańych oraz wiadomości z dziedziny chirurgji urologicznej.

Proste urologiczne czynności pielęgniarskie polegają przedewszystkiem na trosce o odpowiedni zbiornik na mocz i o utrzymywanie go w należytej czystości. Za zbiornik ten służy basen lub kaczka. Ze względu na niemiłą woń rozkładającego się moczu oraz możność zanieczyszczenia nim bielizny, należy naczynia te, mimo ich dużej pojemności, wypróżniać przynajmniej parę razy podczas dnia i nocy, myjąc je każdorazowo gorącą wodą, co parę dni zaś wlewając do nich, bez uprzedniego płukania wodą, nieco stężonego kwasu solnego, celem rozpuszczenia osadu na ścianach. Kaczkę na mocz należy przed podaniem jej do łóżka chorego, zawsze ogrzać. Na dno podanej kaczki można wlać nieco roztworu formaliny, celem zahamowania rozkładu moczu.

Czasami jednak, mimo częstego wypróżniania zbiorników, nie można uniknąć zanieczyszczenia moczem łóżka, lub bielizny chorego, szczególnie, gdy cierpi on na bezwiedne oddawanie moczu. Wtedy tylko częsta zmiana prześcieradeł oraz umieszczanie pod niemi ceraty, przykrytej podkładem, chroni chorego od przebywania w ustawicznym zaduchu przesiąkniętych moczem materacy oraz od maceracji skóry wskutek kontaktu z mokrą bielizną. Wiadomo dobrze, jakie skutki pociąga za sobą maceracja skóry, zwłaszcza u chorych, zmuszonych długo przebywać w łóżku. O odleżynach, o należytej ochronie skóry przed zmacerowaniem, jako o rzeczach dobrze znanych z zasad pielęgniarstwa ogólnego, wspominać tu nie potrzeba. Należy tylko podkreślić, że chorzy urologiczni, zwłaszcza cierpiący na starczy przerost gruczołu krokowego, należą do tych, u których odleżyny najłatwiej powstają.

Personel pielęgniarski przy chorych urologicznych musi umieć ponadto wykonywać celowo szereg prostych czynności, ściśle związanych z leczeniem cierpień urologicznych. Do czynności tych należy w pierwszym rzędzie przyrządzanie kąpieli nasiadowej, utrzymywanie odpowiedniej temperatury w termoforze, umocowywanie suspensorjum, stosowanie lewatyw przeczyszczających, kroplowych i odżywczych oraz przygotowywanie chorych do zdjęć rentgenowskich narządu moczowego.

Urologiczne kąpiele nasiadowe stosuje się w schorzeniach pęcherza oraz przy zatrzymaniach moczu w przebiegu przerostu gruczołu krokowego codziennie wieczorem bezpośrednio przed udaniem się na spoczynek oraz w ciągu dnia. W kąpieli nasiadowej chodzi o zadziałanie na narządy miednicy ciepła, celem ściągnięcia większej ilości krwi do naczyń miedniczych i wywołania przez to przekrwienia okolicy pęcherza i cewki. Żywe krążenie krwi w tej okolicy powoduje łatwiejsze wsysanie się produktów zapalnych, łagodzi ból oraz usuwa zastój żylny ze splotów, otaczających gruczoł krokowy, który to stan jest często przyczyną zatrzymania moczu przy przeroście sterczu. Jak ważne znaczenie mają te zaburzenia krążenia w patogenezie zatrzymania moczu, świadczy ustępowanie czasami już po jednej kąpieli nasiadowej zatrzymania moczu zupełnego. Niekiedy znowu chorzy z zupeł-

nem zatrzymaniem moczu tylko podczas kąpieli nasiadowych i to tylko w samej kąpieli mogą samoistnie oddawać mocz. Działania kąpieli nasiadowych nie mogą więc zastąpić kąpiele pełne lub półkąpiele, dlatego też kąpiel nasiadową należy tak przyrządzać, aby okolica ciała powyżej pasa oraz kończyny dolne, poza przyległemi do miednicy częściami ud, nie znajdowały się w ciepłej wodzie. Temperatura kąpieli nasiadowych ma być u pacjentów ze zdrowem sercem dość wysoka, to jest ma wynosić 36—38° C., czas trwania zaś 15—20 minut. Po kąpieli należy chorego dobrze wytrzeć i ułożyć w ciepłem łóżku.

Poza kojącem i leczniczem działaniem kąpieli nasiadowych, stosuje się w urologji ciepło w postaci ogrzewaczy czyli termoforów gumowych lub metalowych, które zawsze muszą być owinięte płótnem, np. ręcznikiem. W braku ogrzewacza, można użyć zwyczajnych flaszek, wypełnionych gorącą wodą, lub woreczków z grzanym piaskiem, otrębami lub solą.

Każdy stale cewnikowany chory urologiczny lub chory z pozostawionym cewnikiem na stałe musi nosić podpaskę mosznową zwaną suspensorjum. Celem podpaski mosznowej jest uniesienie jąder ku górze, przez co powrózki nasienne nie są narażone na ustawiczne naciąganie, a jądra na urazy, co utrudnia drobnoustrojom, wprowadzonym z cewnikiem do cewki, wywoływanie stanu zapalnego jąder i najądrzy. Zapalenie to jest tak przy zatrzymaniu moczu, jak i w przebiegu pooperacyjnym ciężkiem powikłaniem i kończy się często trudno gojącemi się ropniami jąder. Zdając sobie sprawę z celu podpaski mosznowej, należy ją umocowywać w ten sposób, aby nie uciskała jąder, wskutek czego zamiast pomagać, przynosiłaby chorym szkodę. W razie istnienia już stanu zapalnego jądra lub najądrza, należy worek mosznowy obłożyć watą, napojoną wodą wystałą lub roztworem octanu glinu, na wierzch przyłożyć kawałek ceratki Billrotha, poczem umieścić to wszystko w dość luźnej podpasce mosznowej i zmieniać okład wewnątrz podpaski parę razy dziennie.

W zakres drobnych czynności pielęgniarskich wchodzi także wykonywanie lewatyw, czyszczących, odżywczych, kroplowych oraz przygotowywanie przewodu pokarmowego chorych do zdjęć rentgenowskich narządu moczowego.

Lewatywy czyszczące stosuje się szczególnie często u chorych, cierpiących na zatrzymanie moczu na tle starczego przerostu gruczołu krokowego, wiedząc, że właściwe podeszłemu wiekowi zaparcie stolca powoduje zastój krwi w splotach żylnych okołosterczowych, co wpływa ujemnie na mechanizm oddawania moczu. Zabieg ten stosuje się niekiedy prawie codziennie, ponieważ leniwa perystaltyka jelit u ludzi starych nie pozwala często na samoistne wypróżnienia, nawet mimo stosowania środków przeczyszczających.

U chorych nieprzytomnych z powodu mocznicy, lub nie mogących pobierać pokarmów, z powodu ustawicznych wymiotów, podajemy po lewatywie czyszczącej lewatywę odżywczą, złożoną ze śmietanki, żółtek z cukrem, buljonu lub wina. Płynu tego nie należy wlewać do odbytnicy jednorazowo więcej niż 100—150 gramów i to bardzo powoli, gdyby zaś mimo to płyn został z powrotem wydalony, należy dodać do niego parę kropel nalewki opjumowej. Czasami wreszcie, z polecenia lekarza, wykonuje pielęgniarka lewatywę kroplową z soli fizjologicznej lub 5% roztworu cukru.

Jednorazowo wlewa się wtedy zwykle około 500 ccm płynu ogrzanego z szybkością 30—36 kropel na minutę, powtarzając wlew stosownie do zalecenia lekarza. W celu ochrony płynu przed wystygnięciem, okładamy zbiornik workiem gumowym z gorącą wodą i osłaniamy ręcznikiem. Kanka lewatywy kroplowej, ze względu na długie jej przebywanie w odbytnicy, powinna być zastąpiona drenem gumowym, najlepiej tak zwaną „rurką jelitową".

Dokładnego wreszcie przeczyszczenia przewodu pokarmowego z treści i gazów jelitowych dokonać należy przed zdjęciami rentgenowskiemi narządu moczowego. Tylko bowiem w tych warunkach mogą zarysować się na kliszy kontury nerek oraz słabe czasami kontury dróg moczowych, wypełnionych środkiem kontrastowym przy pyelografji dożylnej. Przewód pokarmowy u osób szczupłych uwalniamy od gazów jelitowych przez podanie lewatywy z soli fizjologicznej w przeddzień wieczorem oraz w dzień zdjęcia rano. U osób otyłych, skłonnych do wzdęć, należy podać w przeddzień 2 łyżki stołowe oleju rycynowego popołudniu, wieczorem zaś, po lekkiej kolacji, lewatywę z soli fizjologicznej. W dzień zdjęcia rano należy lewatywę powtórzyć oraz nie dawać do jedzenia pacjentowi niczego, poza bułeczką i szklanką herbaty na śniadanie. Jeżeli mimo to na zdjęciu widnieją jelita, wypełnione obficie gazami, należy chorego przez parę dni przed wyżej wspomnianem przygotowaniem lewatywami trzymać na diecie, pozbawionej pokarmów, wywołujących fermentację, oraz podawać mu 3 razy dziennie po łyżeczce węgla zwierzęcego.

Nakoniec wreszcie pielęgniarka urologiczna winna umieć wykonywać zastrzyki podskórne oraz podskórne wlewy soli fizjologicznej lub glukozy; technika tych zabiegów jak i umiejętność stawiania baniek, należy do nauki pielęgniarstwa ogólnego.

Poza umiejętnością wykonywania prostych urologicznych czynności pielęgniarskich, należy wymagać od pielęgniarki pobieżnej przynajmniej znajomości symptomatologji schorzeń urologicznych oraz ich częstych i groźnych powikłań, to jest mocznicy, posocznicy, czy wreszcie zapalenia płuc.

Człowiek zdrowy oddaje mocz bez dolegliwości 3—4 razy podczas dnia, ani razu w nocy. Świeżo oddany mocz ma zabarwienie winne oraz jest zupełnie przejrzysty. Chorzy na pęcherz cierpią na częste oddawanie moczu, tak zwany częstomocz, nasilający się czasami do tego stopnia, że dzień i noc muszą oddawać mocz co parę minut. Szczególnie częstomocz nocny jest objawem, świadczącym o organicznem schorzeniu pęcherza, w odróżnieniu od częstomoczu dziennego ludzi nerwowych. Podczas aktu moczenia chorzy mają różne dolegliwości; czasami skarżą się na bardzo silne bóle w okolicy pęcherza w czasie trwania lub pod koniec aktu moczenia, dalej na pieczenie w cewce moczowej lub kłucie. Świeżo oddany mocz tych chorych nie jest najczęściej przejrzysty, lecz mętny od ropy lub krwi, czasami nawet pełen skrzepów. Mocz krwawy należy odróżnić od moczu wysyconego, spotykanego u ludzi gorączkujących, który oglądany pod światło, jest w zupełności przejrzysty. Charakterystyczne poza tem jest zabarwienie moczu słomkowo-mętno-szare w gruźlicy nerek i pęcherza, oraz barwa popłuczyn mięsnych w zapaleniu nerek.

W przebiegu schorzeń narządu moczowego pojawiają się 3 główne powikłania, t. j. mocznica czyli zatrucie moczem, zakażenie moczowe oraz zapalenie płuc, którym niekiedy można na czas zapobiec, jeśli rozpozna się je wcześnie; leczenie tych powikłań jest wtedy znacznie prostsze i pewniejsze. To też personel pielęgniarski powinien je dobrze znać, by na czas zwrócić na nie uwagę.

Jako komplikacja różnych schorzeń urologicznych, może się pojawić zatrucie moczem czyli m o c z n i c a. Powstaje ona przy tych schorzeniach urologicznych, którym towarzyszy upośledzenie czynności nerek. Przez uszkodzone nerki nie mogą być wydalane substancje trujące z moczem, na skutek czego gromadzą się one i krążą w krwi, dając objawy zatrucia. Przy powiększeniu gruczołu krokowego dochodzi znów do objawów mocznicy na skutek moczu zalegającego. Zalegający mocz powoduje osłabienie zamknięcia ujść moczowodów, które to ujścia oddzielają pęcherz od górnych dróg moczowych, przez co wytwarza się z rozdętego moczem zalegającym pęcherza i obu moczowodów jeden wspólny basen, mocz zaś zalegający w pęcherzu uciska nerki i powoduje ich niedomogę. Poza nagle pojawiającą się mocznicą przy ostrych zapaleniach nerek, obserwowaną raczej u chorych internistycznych, a cechującą się objawami gwałtownemi jak drgawki, śpiączka, osłabienie tętna i zaburzenia oddychania, mocznica u chorych urologicznych rozwija się powoli i podstępnie, uchodząc często przez długi czas nawet uwagi lekarza. Pierwszym częstym objawem przewlekłej mocznicy jest zmiana nastroju chorego. Chory staje się płaczliwy, następnie skarży się na brak apetytu, wysychanie w ustach, pragnienie, bóle głowy i senność, a dopiero potem występują nudności, wymioty, rozwolnienie lub uporczywa czkawka. Mocz często bywa w tych stanach wodojasny, produkowany w bardzo dużych ilościach na dobę, gdyż jest to z powodu niedomogi nerek sama woda, podczas gdy substancje trujące pozostają we krwi. Pielęgniarka powinna znać objawy mocznicy, ponieważ przebywając z chorym w dzień i w nocy, może je łatwiej zauważyć, niż zjawiający się na krótki czas lekarz.

Tak samo i początki z a k a ż e n i a w y c h o d z ą c e g o z d r ó g m o c z o w y c h może personel pielęgniarski łatwo zauważyć. Cechującym objawem tego groźnego stanu są dreszcze, uczucie gorąca i poty. W razie dreszczów, należy natychmiast obłożyć chorego ciepłemi kocami, ogrzać termoforami, podać gorącą herbatę do picia i zmierzyć temperaturę. Jeżeli po dreszczach, jak to czasem bywa, wystąpi zapad, polegający na nagłem zblednięciu chorego i osłabieniu tętna, należy podać czarną kawę lub kamforę z kofeiną i zawezwać natychmiast lekarza. W miarę rozwoju zakażenia w drogach moczowych, chory zaczyna gorączkować oraz skarżyć się na ból w okolicy nerek. Dolegliwości te mogą się utrzymywać przez długi czas, prowadząc do zupełnego wyniszczenia chorego.

Wreszcie częstem powikłaniem chorób urologicznych, szczególnie u starców lub po zabiegach operacyjnych jest z a p a l e n i e p ł u c. Przejawia się ono kaszlem, oraz stopniowo wzmagającą się dusznością, powodującą zasinienie twarzy oraz głębokie i szybkie oddechy z towarzyszeniem ruchu skrzydełek nosa. Ciepłota wykazuje znaczne wahania, tętno jest szybkie i płytkie, sprawa zaś kończy się często zejściem śmiertelnem.

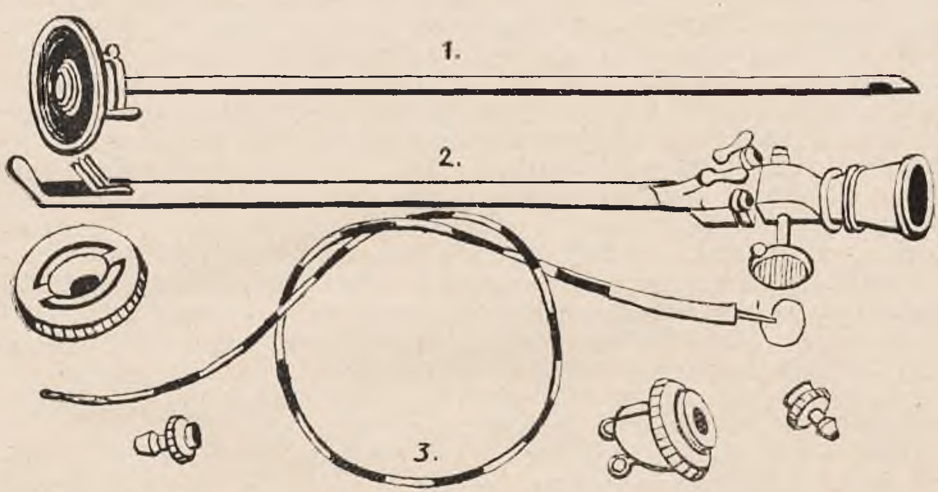
Znajomość pewnych u r o l o g i c z n y c h c z y n n o ś c i p r a c o w n i a n y c h jest także konieczna dla pielęgniarki. Należy tu oznaczenie

ilości dobowej moczu, ciężaru gatunkowego, notowanie ilości moczu oddanego i zalegającego u chorych na powiększenie gruczołu krokowego, wykonywanie próby zagęszczenia i rozcieńczania oraz oznaczanie czasu pojawiania się barwika w moczu z pęcherza.

Oznaczanie ilości dobowej moczu wykonuje się przez mierzenie moczu w naczyniu kalibrowanem. Mocz zbiera się w ciągu 24 godzin np. od godziny 8 rano do godz. 8 rano następnego dnia. Ilość dobową moczu, po jej zmierzeniu, notuje się na karcie w centimetrach sześciennych. U chorych cewnikowanych, zliczamy dla osiągnięcia ilości dobowej mocz oddany samoistnie i odpuszczony cewnikiem. Ilość dobowa moczu ludzi zdrowych wynosi 1200—1800 ccm.

Oznaczanie ciężaru gatunkowego moczu wykonujemy przez zanurzenie przyrządu, zwanego urometrem w dość szerokiem naczyniu

Ryc. I.



1. Optyka cystoskopu 2. Płaszcz cystoskopu 3. Cewnik moczowodowy

z moczem, w ten sposób, żeby przyrząd ten nie dotykał ścian. Widoczna jeszcze ponad poziomem moczu liczba skali zanurzonego urometru odpowiada ciężarowi gatunkowemu moczu.

Poza ilością dobową moczu, notujemy u chorych z zatrzymaniem moczu niezupełnem ilość moczu oddanego samoistnie oraz zalegającego w pęcherzu, t. j. tę część moczu, której chory samoistnie oddać nie może, a którą wypuszcza się przy pomocy cewnika. Obie części moczu, t. j. oddany samoistnie i odpuszczony cewnikiem, notujemy zwykle w formie ułamka, umieszczając w liczniku ilość moczu oddanego samoistnie, w mianowniku zaś ilość moczu zalegającego. Notatki te mają duże znaczenie dla lekarza, gdyż w miarę zmniejszania się ilości moczu zalegającego, lekarz coraz rzadziej na dobę wykonuje cewnikowanie.

Jedną z najważniejszych prób urologicznych, dających pojęcie o sprawności nerek jest próba rozcieńczania i zagęszczania moczu. Należy ją wykonywać w następujący sposób: rano, zwykle przed

godziną 8-mą, chory oddaje mocz, którego ciężar gatunkowy notujemy. Następnie o godz. 8 wypija litr płynu (5 szklanek wody lub herbaty), poczem co godzinę, to jest o godz. 9, 10, 11 i 12, należy zbierać mocz i notować ilość i ciężar gatunkowy moczu po każdej godzinie. Po 4 godzinach, to jest w tym wypadku o 12-tej chory dostaje tak zwany suchy obiad, złożony z sera szwajcarskiego, wyschniętego mięsa, przyrządzonego w zeszłym dniu oraz z jajka na twardo, a pozbawiony płynów, poczem, tym razem co 2 godziny, to jest o godz. 2, 4 i 6 należy zbierać mocz, notując znowu jego ilość i ciężar gatunkowy. O ile chory moczu samoistnie nie oddaje, próbę rozcieńczania i zagęszczania wykonujemy po założeniu cewnika na cały czas trwania próby. Próbę rozcieńczania i zagęszczania dzieli się czasami dla dokładniejszego wykonania na dwie części, wykonując w jednym dniu próbę rozcieńczania, drugiego zaś dnia próbę zagęszczania moczu.

Drugą ważną próbą czynnościową nerek jest próba barwikowa. Po domięśniowym lub dożylnym zastrzyku barwika (indygokarmin) czekamy na ukazanie się barwika w moczu z pęcherze. Szybkość ukazania się zależy od sprawności nerek, przyczem czas ten nie przekracza zwykle kilkunastu minut. Do próby tej przygotować należy stelaż z kilkunastu probówkami, poczem, po założeniu cewnika do pęcherza, zbiera się mocz do zmienianych co minutę probówek aż do czasu ukazania się ciemno niebieskiego zabarwienia moczu. Czas pojawienia się lekko niebieskiego zabarwienia oraz silnego zaniebieszczenia należy zanotować.

Personel pielęgniarski musi posiadać pewne wiadomości z chirurgji urologicznej, to jest techniki odkażania narzędzi, wykonywania drobnych zabiegów urologicznych, zakładania opatrunków oraz pomocy przed, podczas i po operacjach narządu moczo-płciowego. Prócz urologicznych narzędzi z optyką, które odkaża się w parach formaliny, w sterylizatorach powietrznych lub przez specjalne gotowanie, inne metalowe narzędzia urologiczne odkaża się tak jak narzędzia chirurgiczne, to jest przez dziesięciominutowe gotowanie w wodzie, ze względu na możność tworzenia się osadu, najlepiej destylowanej.

Cystoskopy czyli wzierniki pęcherzowe odkaża się zależnie od ich konstrukcji. Cystoskop połączony z optyką, nie przeznaczoną do gotowania, należy, po dokładnem wymyciu spirytusem mydlanym lub wodą i osuszeniu płótnem, odkazić przez wstawienie do szczelnego słoja, na dnie którego znajdują się pastylki formalinowe, z których wydzielający się gaz formaliny odkaża po 24 godzinach wziernik. Wzierniki, w których tak zwany płaszcz cystoskopu (ryc. I — 2) można oddzielić od optyki (ryc. I — 1) wyjaławia się przez osobne wygotowanie płaszcza oraz przez odkażenie optyki w parach formaliny. Wreszcie ostatnio wyrabiane przez pewne wytwórnie narzędzi urologicznych cystoskopy można gotować wraz z optyką. Cystoskopy należy ponadto chronić przed zniszczeniem. Natychmiast po użyciu należy cystoskop obmyć wodą i wytrzeć do sucha płóciennym ręcznikiem. Oddzielny od optyki płaszcz cystoskopu należy w miejscach gwintów rozkręcić, poczem po umyciu kanału na optykę oraz na cewniki moczowodowe, jako też po umyciu wodą poszczególnych rozkręconych części płaszcza, przepłukać je 96% alkoholem, ponieważ nie powoduje on podczas schnięcia rdzewienia metalu. Następnie należy poszczególne części płaszcza

rozłożyć na kawałkach gazy w celu wyschnięcia, optykę zaś włożyć do słoja z formaliną. Po wyschnięciu można płaszcz cystoskopu wyjaławiać w parach formaliny lub przez gotowanie. W razie nagłej potrzeby można odkazić cystoskop przez wstawienie na 10 minut do flaszki z 96% alkoholem.

Cewniki gumowe wyjaławia się przez wrzucenie do gotującej wody na 3—5 minut, poczem natychmiast należy je wyjąć, gdyż inaczej tracą elastyczność; cewniki jedwabne, rzadko zresztą dzisiaj używane, wyjaławia się w parach formaliny lub przez gotowanie, o ile są specjalnie w tym celu skonstruowane.

Cewniki do cewnikowania moczowodów (ryc. I—3) odkaża się w parach formaliny w podłużnem naczyniu szklanem, poczem, dla dokładniejszego odkażenia, można je wrzucić na 1 minutę do gotującej wody; dłuższego gotowania cewniki te nie wytrzymują, tracąc elastyczność. Po użyciu cewnika pęcherzowego, należy natychmiast przestrzykać wnętrze jego czystą wodą w celu uniknięcia tworzenia się osadu w kanale, w kanał zaś cewnika moczowodowego należy wsunąć, po przeczyszczeniu jego wnętrza wodą i 96% alkoholem, zapomocą strzykawki drucik zwany mandrynem.

Włosowate zgłębniki przemywa się po użyciu wodą, wyciera do sucha, poczem odkaża się je w parach formaliny.

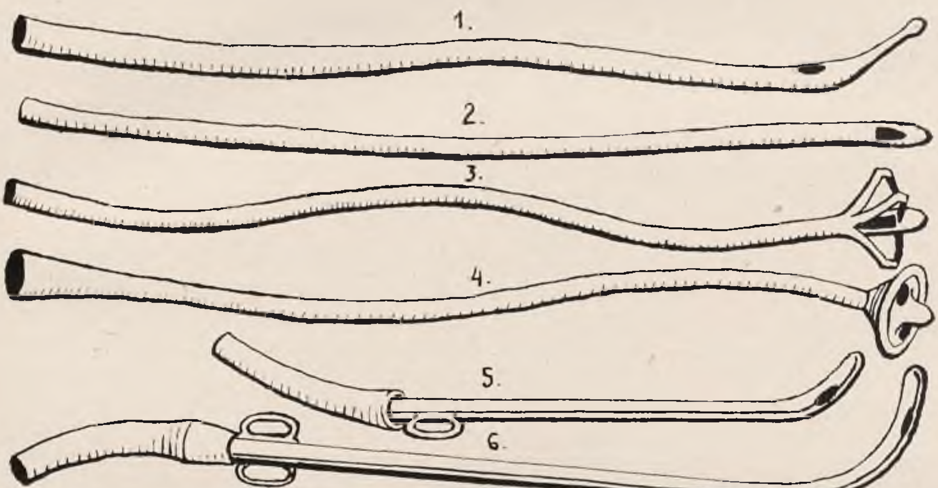
Pewne drobne czynności pielęgniarskie może z polecenia lekarza wykonywać personel pielęgniarski. Do zabiegów tych należy: przepłukiwanie cewki płynami odkażającemi oraz cewnikowanie pęcherza cewnikiem miękkim w warunkach prawidłowych.

Cewkę płukać należy przy jej stanach zapalnych szklanną strzykawką cewkową, zwykle o pojemności 20 gramów, płynami odkażającemi. Po obmyciu zewnętrznego ujścia cewki, przykłada się doń koniec strzykawki, poczem powoli wprowadza się do cewki płyn. Po wprowadzeniu zawartości strzykawki do wnętrza cewki, chory uciska palcami żołądź prącia, przez co płyn odkażający może przez chwilę wywrzeć swe działanie na rozciągniętą przez płyn śluzówkę. Po zwolnieniu ucisku, płyn samoistnie z cewki wypływa.

Cewnikowanie pęcherza przy prawidłowej budowie cewki moczowej jest nawet u mężczyzny zabiegiem stosunkowo łatwym. Niestety, poza zatrzymaniami moczu pooperacyjnemi oraz w przebiegu chorób zakaźnych, wykonujemy je u chorych o cewce nieprawidłowej, przyczem nigdy zgóry nie możemy przewidzieć, na jakie napotkamy trudności. Czasem nawet lekarz-specjalista napotyka przy deformacji cewki przez gruczoł krokowy oraz przy zwężeniach cewki na trudności, nie dające się pokonać. Dlatego też personel pielęgniarski może cewnikować mężczyzn tylko w przypadkach, w których lekarz, po ustaleniu prawidłowej budowy cewki, na to zezwoli. Wprowadzanie cewnika wymaga sztuki, nigdy siły, przyczem należy pamiętać, że każde skaleczenie nietylko przeraża chorego, lecz także może być przyczyną ogólnego zakażenia krwi, spowodowanego przez stale w cewce przebywające bakterje; ponadto i o tem, że nawet gumowym cewnikiem można przy brutalnem wprowadzaniu przerwać ciągłość cewki, tworząc tak zwaną „fałszywą drogę“ w tkanki otaczające. Drogą tą rozprzestrzenia się mocz do tkanek otaczających cewkę i powstaje groźne powikłanie, tak zwany zaciek moczu, z którego tylko natychmiastowa operacja może chorego uratować.

Cewnikowanie wykonujemy zapomocą c e w n i k ó w. Cewniki przeznaczone dla kobiet mają najczęściej kształt prostej metalowej rurki z oczkiem na odpływ moczu przy zakończeniu obłem (ryc. II — 5). Męskie cewniki mogą być miękkie gumowe, półsztywne jedwabne lub metalowe. Najczęściej używany jest u kobiet i u mężczyzn cewnik gumowy Nelatona (ryc. II — 2). Jest to dren, zakończony obłym końcem z litej gumy, z boku którego znajduje się ujście kanału cewnika, tak zwane „oczko". Zależnie od średnicy, mają cewniki swoją numerację w skali Charriera, w której każdy stopień odpowiada 1/3 milimetra średnicy. Do cewki prawidłowej używamy najczęściej Nr. Charriera 16 — 18. Poza cewnikiem Nelatona, używa się często cewnika Tiemanna (ryc. II — 1) do cewnikowania chorych na przerost gruczołu krokowego. Jest on zakończony wydłużonym, konicznym dziubkiem gumowym, ustawionym pod kątem do osi cewnika. Dziubek ten jest przy wprowadzaniu konduktorem, t. j. prowadzącym cały cewnik, ślizgając się po

Ryc. II.



1. Cewnik Tiemanna 2. cewnik Nelatona 3. cewnik Malécot'a 4. cewnik Pezzera 5. cewnik metalowy kobiecy 6. cewnik metalowy dla mężczyzn

zwróconej ku spojeniu łonowem, a najmniej zniekształconej przez przerosły gruczoł krokowy części cewki. Cewniki wreszcie półsztywne i metalowe (ryc. II — 6) o różnych kształtach mogą być używane tylko przez lekarzy.

W całych drogach moczowych poza cewką, to jest w pęcherzu, moczowodach, miedniczkach i nerce m o c z j e s t b a k t e r j o l o g i c z n i e j a ł o w y. Gdyby wprowadzić zakażony cewnik w obręb dróg moczowych, doszłoby natychmiast do zakażenia moczu i do skutków tego zakażenia, to jest do zapalenia pęcherza, miedniczek nerkowych i ropnego zapalenia nerek. Dlatego musi się używać cewników wyjałowionych i cały zabieg przeprowadzać w myśl zasad aseptyki chirurgicznej. Cewniki gumowe, jedwabne do gotowania oraz metalowe odkażamy przez gotowanie w wodzie. Cewniki gumowe należy gotować w długich naczyniach, ponieważ zgięte w gotowaniu,

zniekształcenie to zatrzymują. Do gotowania i transportu cewników wyjałowionych nadają się długie i wąskie sterylizatorki, przeznaczone na 4—6 cewników. Wysterylizowane w nich cewniki można po zlaniu wody zabierać z sobą do domu chorego.

Cewnikowanie wykonuje się zależnie od płci chorego. Kobiety należy ułożyć na wznak ze zgiętemi w biodrach i kolanach oraz rozchylonemi nogami. Po ujęciu ręką prawą cewnika w części, która nie wchodzi do pęcherza, rozchyla się pierwszym i piątym palcem ręki lewej wargi sromowe, poczem kawałkiem zamoczonej w sublimacie lub kwasie bornym waty, trzymanym między drugim a trzecim palcem ręki lewej, ruchem z góry na dół przemywa się ujście cewki, poczem wprowadza się w nie trzymany w prawej ręce cewnik, po uprzedniem zamaczaniu go w wyjałowionej substancji ułatwiającej poślizg.

Mężczyzn układa się do cewnikowania na wznak z lekko rozchylonemi udami, między któremi kładzie się tackę na mocz. Następnie należy chwycić w rękę lewą cewnik za koniec, który nie będzie wprowadzony do pęcherza, poczem wyjałowioną pensetką, trzymaną w ręce prawej, ująć go w odległości paru centimetrów od oczka cewnika i przełożyć trzymany w lewej ręce koniec cewnika między czwarty a piąty palec ręki prawej. Następnie należy ująć w rękę lewą, która jest obecnie wolna, członek chorego, odciągnąć napletek, przemyć ujście cewki gazikiem nasyconym sublimatem lub kwasem bornym, poczem ręką prawą cewnik, po zamaczaniu go w glicerynie sterylizowanej lub mieszaninie gliceryny z tragakantą w celu ułatwienia poślizgu, do cewki wprowadzić.

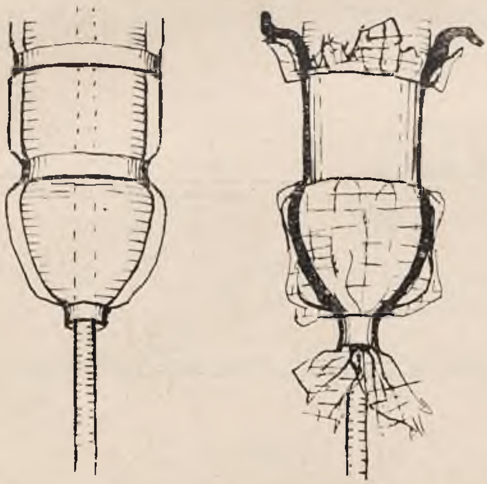
Cewnikowanie wykonuje się nietylko w celu spuszczania moczu, lecz także w celu płukania pęcherza moczowego. Do płukania pęcherza używa się szklanych strzykawek o pojemności 100—150 centimetrów sześciennych. Strzykawki te powinny posiadać zakończenia, dające się osobno po każdem użyciu gotować. Samą strzykawkę czyści się mechanicznie z osadu raz na parę dni, poczem, po wyjęciu tłoka, należy owinąć szkło w gazę w obawie przed pęknięciem i gotować, zaczynając od zimnej wody. Przepłukiwanie pęcherza wykonuje się przez wstrzykiwanie płynów odkażających, najczęściej 3% boru lub lapisu 1/4—1 na 1000. 3% roztwór kwasu bornego przyrządzać można przez rozpuszczenie 30 gramów proszku borowego w litrze przegotowanej wody. Płyn do płukania pęcherza winien być lekko ciepły, co osiągnąć można przez wstawienie flaszki z płynem do naczynia z ciepłą wodą. Temperaturę jego można wypróbować przez wystrzyknięcie nabranego do strzykawki płynu na grzbietową powierzchnię dłoni.

Opatrunki urologiczne bywają często zanieczyszczone moczem, co wpływa ujemnie na gojenie się ran. Znane jest twierdzenie starych chirurgów, że kał jest dla rany maścią, mocz zaś jest dla rany kałem. Dlatego opatrunki urologiczne należy zmieniać możliwie często, ponadto i z tego względu, że przepojone moczem bandaże są dla chorego bardzo niemiłe i powodują maceracje skóry. Opatrunek na samej ranie zmienia lekarz, o zmacerowaną jednak przez mocz skórę w okolicy rany dba personel pielęgniarski, pokrywając ją obficie pastą cynkową.

W urologji stosuje się tylko kilka typowych opatrunków. — Takim typowym opatrunkiem jest umocowywanie przylepcem lub opatrunkiem pod

gazą c e w n i k a n a s t a ł e (ryc. III a). Do opatrunku p r z y l e p c o w e g o należy przygotować trzy na 1 cm szerokie kawałki przylepca, długości około 30, 20 i 5 centimetrów. Po wprowadzeniu cewnika do pęcherza, należy odciągnąć napletek ku tyłowi oraz umyć skórę żołędzi i prącia benzyną. Następnie najdłuższym paskiem przylepca, mniej więcej w jego połowie, owija się cewnik przy ujściu zewnętrznem cewki, poczem pozostałe końce przylepca przylepia się wzdłuż boków prącia. Teraz średnim paskiem należy owinąć prącie dookoła w rowku wieńcowym, najmniejszym zaś oblepić dookoła miejsce zetknięcia się pierwszego paska przylepca z cewnikiem. Czasami chorzy skarżą się na dolegliwości z powodu opatrunków przylepcowych na prąciu, na skutek czego należy umocować cewnik o p a t r u n k i e m n a g a z i e (ryc. III b). Polega on na zastosowaniu, zamiast najdłuższego paska przylepca, węzła z tasiemki, służącego do umocowania cewnika, poczem,

Ryc. III.



A B

po obwinięciu prącia gazą, naciąga się dwa sterczące od węzełka końce tasiemki wzdłuż prącia ponad gazą i opasuje się je przylepcem na gazie dookoła, obciskając członek.

Przez podobny, jak na prąciu opatrunek przylepcowy można zapewnić cewnikowi Pezzera w przetoce nadłonowej nieruchomą pozycję.

Przed zabiegami operacyjnemi, a także w trakcie i po zabiegach urologicznych personel pielęgniarski wykonuje szereg pomocniczych czynności.

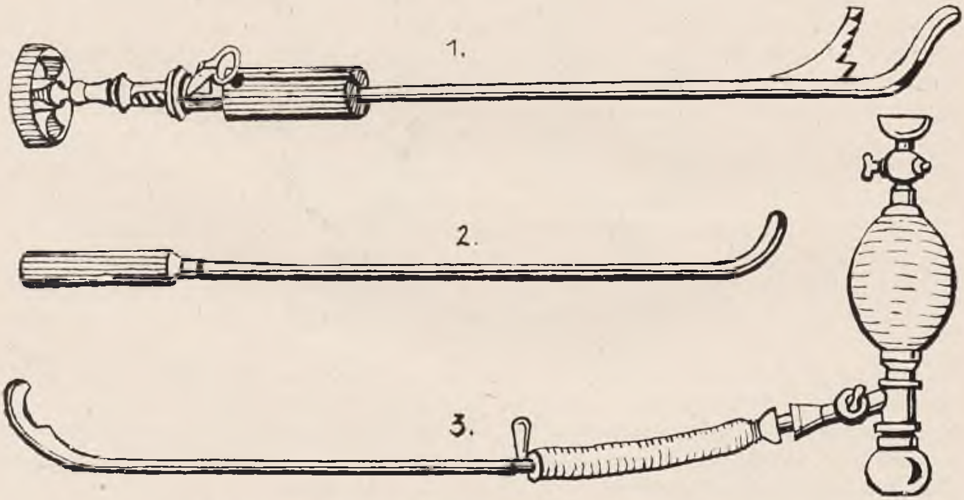
P r z e d z a b i e g i e m powinna pielęgniarka dowiedzieć się, czy chory nie kaszle, nie jest zakatarzony, czy chora nie ma menstruacji, w celu zawiadomienia o tem lekarza. W przeddzień zabiegu należy chorego wykąpać oraz podać mu środek przeczyszczający, najczęściej 2 łyżki stołowe oleju rycynowego. W dzień zabiegu chory powinien pozostać naczczo, należy mu podać lewatywę i zmierzyć temperaturę.

Bezpośrednio przed udaniem się na salę operacyjną, chory powinien oddać mocz, przy operacjach zaś pęcherzowych, o ile mamy do czynienia

z moczem ropnym, należy przepłukać pęcherz roztworem kwasu bornego. Następnie pielęgniarka udaje się z chorym na salę operacyjną, zabierając dla niego ciepłe okrycie, potrzebne przy transporcie chorego z powrotem na salę chorych po zabiegu operacyjnym. Jeżeli chory ma być operowany w narkozie eterowej, układa się go w służącym do usypiania przedsionku sali operacyjnej na wózku lub wprost na stole operacyjnym. Przed narkozą należy podłożyć choremu pod głowę miękką podściółkę, poczem do czynności pielęgniarki należy przygotowanie flaszki, zaopatrzonej kroplomierzem i wypełnienie jej eterem, przygotowanie maski służącej do narkozy lub oczyszczenie maski Ombredana. W czasie narkozy chory powinien mieć nogi przymocowane do stołu operacyjnego pasem w połowie ud oraz ręce zapomocą specjalnych uchwytów. Zależnie od mającego nastąpić zabiegu, należy ułożyć śpiącego chorego w odpowiedniej pozycji.

Do operacji na pęcherzu moczowym układamy chorego na wznak z wyprostowanemi kończynami dolnemi; do cewki należy założyć cewnik zamknięty zaciskiem. Na żądanie lekarza, należy wypełnić pęcherz

Ryc. IV.



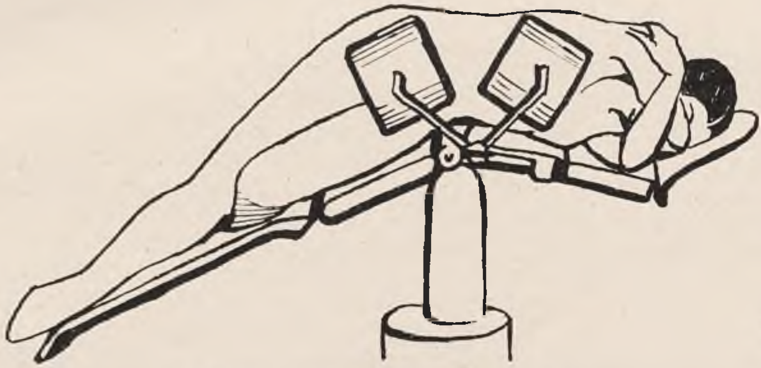
1. litotryptor 2. sonda Guyona 3. ewakuator Nitzego

określoną przez niego ilością 3% roztworu kwasu bornego, po wypełnieniu zaś, zamknąć zacisk. Poza zwykłem instrumentarjum chirurgicznem, należy wygotować zawsze do operacji pęcherzowych parę cewników Pezzera (ryc. II — 4) i Malecot'a (ryc. II — 3), wraz z mandrynem, szeroki hak pęcherzowy, przyrządy do wyjmowania kamieni z pęcherza oraz dreny gumowe grube i cienkie. Niektóre wreszcie operacje pęcherzowe wykonuje się po ułożeniu chorego na wznak w specjalnem ułożeniu kończyn dolnych. Po załamaniu ku dołowi przeznaczonej na nogi części stołu, należy umocować na jego brzegach dwie podpórki podkolanowe, na których po zgięciu nóg w kolanach i uniesieniu ich ku górze, opiera się kończyny dolne chorego. Następnie rozchyla się je ku bokom tak, by znalazło się między niemi dość

miejsca dla operatora. Do operacji kruszenia kamieni pęcherzowych należy przygotować tylko parę wyjałowionych zapinek na kompresy operacyjne, litotryptory (ryc. IV — 1), ewakuator Nitzego wraz ze sondami (ryc. IV — 3), sondę Guyonoską do dotykowego stwierdzania lokalizacji kamienia w pęcherzu (ryc. IV — 2) oraz naczynie na okruchy kamienia.

Do operacyj nerkowych układa się uśpionego już chorego na boku, odpowiadającym nerce zdrowej, naskutek czego bok odpowiadający nerce chorej jest uniesiony ku górze (ryc. 5). Po podłożeniu miękkiej podściółki pod głowę, należy zgiąć ręce chorego w łokciu i ułożyć przy klatce piersiowej. Następnie należy skontrolować dokładnie, czy którejś z rąk nie uciskają twarde części stołu operacyjnego, ponieważ długotrwały ucisk na przebiegające w ręce nerwy może doprowadzić do pooperacyjnych porażeń. Nogę chorego, znajdującą się na spodzie, t. j. przylegającą do stołu operacyjnego należy zgiąć silnie w kolanie, zaś nogę wierzchnią wyciągnąć prosto w osi chorego. Wreszcie pasem przebiegającym przez biodra i popod stół operacyjny umocowuje się chorego w pozycji stałej. Jeżeli do stołu operacyjnego

Ryc. V.



Ułożenie do operacji na nerce prawej

można dołączyć uchwyty na miednicę i klatkę piersiową, to umieszcza się je tak, by pozostawić między niemi okolicę lędźwiową wolną. Nakoniec między stół operacyjny a zdrowe lędźwie wkładamy wałek miękko owinięty płótnem, przez co zyskujemy uniesienie ku górze pola przyszłej operacji, poczem łamiemy stół operacyjny w połowie, obniżając tułów i kończyny dolne w stosunku do lędźwi, przez co przeznaczona do operacji okolica lędźwiowa zostaje jak najbardziej rozciągnięta.

Do operacji na nerce poza zwykłem instrumentarjum należy wygotować przyrządy do wyciągania kamieni z dróg moczowych, t. j. długie, wąskie korncangi, łyżki i klemy do chwytania kamieni; ponadto średnie dreny gumowe grubości małego palca. Do operacji nerki gruźliczej powinno być przygotowane żegadło Pacquelina do przypalania przeciętego moczowodu.

Po ukończonym zabiegu operacyjnym oraz założeniu przez lekarza opatrunku, nie wolno pielęgniarce tak na sali operacyjnej, jak

i podczas transportu na salę chorych, a także i po złożeniu chorego do łóżka, oddalać się ani na krok od chorego. Na sali operacyjnej winna pielęgniarka po narkozie zwracać uwagę na to, czy przychodzący do przytomności chory dobrze oddycha, czy nie sinieje lub nie wymiotuje. W razie duszenia się chorego, należy natychmiast zawezwać lekarza. Jeżeli chory wymiotuje, należy mu głowę odwrócić na lewy bok i podstawić tackę na wymiociny. Następnie należy okryć ciepło chorego kocami po otarciu go z potu, poczem przewieźć w wózku na salę chorych. Z łóżka na sali chorych, które winno już być uprzednio ogrzane termoforami, usuwa się poduszkę i układa się w nim chorego na wznak z głową ułożoną wprost na prześcieradle, podsuwając mu pod brodę ręcznik. Gdy chory wymiotuje, należy wycierać mu usta oraz oczyszczać w razie potrzeby jamę ustną z nagromadzonego śluzu, który może powodować duszenie się chorego. Przez parę godzin po narkozie chory winien leżeć bez poduszki, owinięty w ciepłe koce, w które go na sali operacyjnej zawinięto, przyczem należy mu zmieniać gorące termofory, uważając jednak, by go nie poparzyć. Z chwilą gdy chory odzyskuje przytomność, należy mu polecić, aby leżał na wznak i jak najmniej się ruszał. Przytomnemu już choremu należy ułożyć pod brodę tackę na wymiociny, którą odtąd sam sobie przy wymiotach podtrzymuje. Mimo pragnienia, chory niczego do picia w pierwszych godzinach po operacji ze względu na skłonność do wymiotów nie dostaje, można mu tylko, po zupełnem odzyskaniu przytomności, pozwolić na płukanie ust. Dopiero po paru godzinach, zwykle pod wieczór w dniu operacji, chory może pić łyżeczkami zimną gorzką herbatę. W celu ochrony przed rozwojem grzybka w jamie ustnej należy myć ją możliwie często gazikiem napojonym w roztworze boraksu. Jeżeli operowano starca, co się często w urologji zdarza, natychmiast po zabiegu wykonanym w znieczuleniu miejscowem lub natychmiast po dojściu do przytomności po narkozie eterowej, należy ułożyć go wysoko w łóżku na paru poduszkach w pozycji półsiedzącej i polecić mu co 10 minut wykonywanie kilkunastu głębokich oddechów; ostrożności te zachowuje się w obawie przed pooperacyjnem zapaleniem płuc. Następnie już w dniu operacji należy, w celu ochrony przed skrzepem, polecić choremu wykonywanie ruchów kończynami dolnemi.

Od dnia operacji aż do wyjęcia szwów z rany przebywa chory urologiczny w łóżku. Personel pielęgniarski w tym okresie stara się zwalczyć wydęcie pooperacyjne przewodu pokarmowego, notuje dobową ilość moczu, dba o suchość opatrunków i o odpowiednie odżywienie chorego oraz nie dopuszcza do wytworzenia się odleżyn.

Mimo że operacje urologiczne są zabiegami zaotrzewnowemi, w y d ę c i e p o o p e r a c y j n e występuje po nich często; nie jest ono jednak tak uporczywe i długotrwałe, jak po operacjach brzusznych. Przeciw wydęciu pooperacyjnemu należy stosować zakładanie t. zw. „rurek“, t. j. drenów gumowych grubości małego palca, które wsuwa się na wysokość kilkunastu centimetrów do odbytnicy, poczem parokrotnie się drenem porusza. Przez rurki odchodzą z rozdętych jelit gazy jelitowe. Rurki należy zakładać tylko z polecenia lekarza, a już bezwzględnie tyczy to wstrzykiwania przez rurkę do odbytnicy gliceryny, gdyż zabieg ten może czasami powodować nieżyt kiszki grubej, trwający szereg miesięcy wśród ustawicznych parć na stolec i krwawych stolców.

Po operacjach gruczołu krokowego i nerek należy codziennie mierzyć dobową ilość moczu. Po zebraniu moczu nie należy go wylewać, lecz pokazać

każdorazowo lekarzowi, dla którego w pierwszych godzinach i dniach po operacji wygląd moczu jest bardzo ważny. W razie silnego krwawienia z moczem należy natychmiast zawiadomić lekarza, jako też gdy chory moczu oddać samoistnie nie może.

Często w pierwszych godzinach i dniach po usunięciu gruczołu krokowego mocz nie chce odpływać założonym do pęcherza cewnikiem, lecz płynie obok niego szerokim otworem przetoki nadłonowej, mocząc opatrunek i łóżko chorego. Celem stworzenia jak najlepszych warunków odpływu moczu przez cewnik, dołączają niektórzy do cewnika urządzenie ssące. Urządzenie to składa się z naczyńka do kroplówki o bocznem odgałęzieniu szklanem w postaci rurki. Naczyńko to jest połączone u góry ze zbiornikiem wody, przez odgałęzienie boczne z kaczką na mocz szczelnie zatkaną korkiem, oraz ku dołowi z metrową rurką szklaną włosowatą, przez którą odpływa do stojącego pod nią zbiornika woda. Przy przepływaniu wody kroplami przez naczyńko i rurkę włosowatą, wytwarza się w naczyńku próżnia, która zapomocą ramienia bocznego połączonego drenem z kaczką, wytwarza próżnię w szczelnie zatkanej korkiem kaczce. Jeżeli teraz dołączy się do kaczki cewnik Pezzera, mocz z pęcherza zostaje wciągany przez działanie ssące do wnętrza kaczki.

Przez pierwsze parę dni po operacjach nerkowych i pęcherzowych chory pozostaje na diecie. I tak po zabiegu, wykonywanym w narkozie eterowej, nie wolno choremu przez parę godzin pić niczego, dopiero pod wieczór w dniu operacji dostaje herbatę zimną łyżeczkami. Tylko jeżeli chory był operowany w znieczuleniu miejscowem, wolno mu pić zaraz po zabiegu. Pierwszego dnia po operacji urologicznej chory może pić płyn, t. j. herbatę słodzoną, lemonjadę i barszcz buraczany, drugiego zaś dnia mleko, kawę białą, śmietankę, laktol i rosół. Wogóle po zabiegach urologicznych winni chorzy pić dużo płynów, celem przepłukiwania dróg moczowych. Na trzeci dzień dostaje chory poza płynami przetarty kompot lub jabłko pieczone, poczem czwartego już dnia, o ile nie ma dużego wydęcia pooperacyjnego, można podać mu 2 łyżki oleju rycynowego i dietę pełną.

Po wyjęciu szwów, co następuje po operacjach urologicznych najczęściej dziesiątego dnia, należy chorego wykąpać. Począwszy od tego czasu może chory stopniowo najpierw siadać, potem wstawać z łóżka i powinien się odtąd kąpać codziennie.

W ten sposób przedstawiałyby się w ogólnych zarysach zasady pielęgniarstwa urologicznego. Dla wyczerpania tematu należałoby wspomnieć jeszcze o leczeniu dietetycznem schorzeń urologicznych. Naskutek tego, że sposoby postępowania dietetycznego w przebiegu chorób pęcherza i nerek są jeszcze kwestją sporną, o przepisywaniu tej albo innej diety może decydować tylko lekarz. Ogólnie można powiedzieć, że w przebiegu schorzeń urologicznych należy unikać potraw przyprawionych korzennie i drażniących śluzówkę dróg moczowych, jak pieprz, musztarda, chrzan, konserwy, marynaty, śledzie i alkohol w każdej postaci. Ponadto, szczególnie w kamicy nerkowej, należy ograniczyć spożywanie mięsa. Używanie soli ograniczamy tylko w zapaleniach nerek i to jeżeli przebiegają z obrzękami; podaje się wtedy potrawy, które nie muszą być dla smaku solone, jak potrawy z mleka, jaj, mąki, ziemniaków i masła na cukrze, ograniczając równocześnie dowóz wody i białka.

Nakoniec należy zaznaczyć, że umiejętna pomoc pielęgniarska ma bardzo duże znaczenie w urologji. Badanie bowiem chorych jak i leczenie zachowawcze polega tu głównie na zabiegach instrumentalnych, podczas których dbałość personelu pielęgniarskiego o aseptykę narzędzi ma dla chorego znaczenie zasadnicze. W okresie zaś pooperacyjnym, kiedy chory znajduje się czasem na granicy życia i śmierci, ustawiczna troskliwość pielęgniarki o odpowiednią temperaturę i wentylację pokoju, ochrona przed odleżynami, dbanie o odpowiednie ułożenie i sposób oddychania chorego, powoduje nietylko śpieszny powrót jego do zdrowia, lecz ratuje mu czasem życie, chroniąc go od komplikacyj pooperacyjnych. Dlatego też tylko przy ścisłej współpracy lekarza z pielęgniarką można dojść w urologji do dobrych wyników leczniczych, które winny cieszyć tak lekarza, jak i personel pielęgniarski. Do wyników tych bowiem przyczynia się w równej mierze lekarz wiadomościami, jak pielęgniarka umiejętnością, wytrwałością, dobrem sercem i troskliwością.

Dr. Bogusław Bulanda

Cele i zadania Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi

W ciężkich czasach przeżywanego kryzysu sprawa niewidomych może się wydawać czemś bardzo nieaktualnem. Są jednak kategorje cierpień niezależnych od chwilowych konjunktur. Ociemniali, niezależnie od dobrobytu czy niedostatku, wojny czy pokoju, żyją zawsze w tej samej nocy, czekając na pomoc nas, widzących. Nawet zrzeszeni w związki zawodowe, nie rozporządzając ani dostatecznemi środkami, ani życzliwością i pomocą środowiska widzących, w stosunku do których stanowią znikomy odsetek, skazani są na wegetację.

To też często rozpacz, o ile jest tylko czasowym gościem i złym towarzyszem dla nas widzących, może stać się niemal stałym towarzyszem niewidomego, pozostawionego własnym tylko siłom. Dante u progu piekła wypisał słowa: Tu ustaje wszelka nadzieja. Brak wszelkiej nadziei równa się duchowej śmierci. Dlatego sprawa niewidomych jest i będzie z natury swej zawsze aktualną zarówno dla dotkniętych kalectwem, jak i dla tych, którzy mają budzić i podtrzymywać nadzieję i ożywić nią blask zamarłych źrenic.

I to jest pierwsza racja, dla której, mimo „ciężkich czasów", można i należy mówić o sprawie niewidomych.

Druga racja z nią się wiąże i jest tylko jej praktycznem rozwiązaniem. Jest nią myśl, która przyświecała Założycielce T o w a r z y s t w a O p i e k i nad O c i e m n i a ł y m i, zdobyta Jej własnem bolesnem doświadczeniem zupełnej utraty wzroku w 22 roku życia. Róża Czacka zrozumiała tracąc wzrok, że Bóg, wzamian za dobrze przyjęte w duchu wiary cierpienie, powołuje Ją do pracy wśród towarzyszów niedoli, którym poświęca się całkowicie, tworząc Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi, a potem jego organ pracy: Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek Służebnic Krzyża, oddanych służbie niewidomych. Moralne dźwignięcie ociemniałego przez dobre przyjęcie cierpienia, płynącego z braku wzroku i możliwie wszechstronne wydobycie wszystkich wartości duchowych, moralnych, umysłowych i zawodowych nietkniętych, a tylko spętanych brakiem nieczynnego organu, stawia sobie

Założycielka za zadanie całego życia, realizując je przedewszystkiem własnym przykładem.

Ślepota jest cierpieniem i nie bez słuszności ludzie spodziewają się odnaleźć w niewidomym te wartości duchowe, które zwykle rodzą się z cierpienia. W żadnym porządku działalności duchowej człowieka nie powstaje nic prawdziwie wielkiego i trwałego, czegoby nie dotknęła Mistrzyni - Cierpienie, a miarą najwyższego przejawu ducha ludzkiego, Miłości, która jedynie zdolna jest natchnąć to, co nieziszczalnie wielkie, jest zdolność do ofiary.

Może żaden naród tak jak polski nie doświadczył tak świeżo i żywo wartości życiodajnej cierpienia i ofiary, której odrodzenie Ojczyzny zawdzięcza. Cierpienie ma w sobie dziwną duchową prężność, dobrze skierowane łączy się z najwyższą władzą człowieka, miłością i z nią zapładnia niewidzialny świat ducha, źle skierowane — zabija,

Szczęście człowieka polega na umiejętnem życiu tej dziwnej ożywiającej lub śmiercionośnej siły.

W społeczeństwach chrześcijańskich, zbudowanych na tajemnicy Krzyża, niewidomy ewangeliczny naznaczony jest misją. Mają się w nim sprawy



Boże objawić, większy cud, niż fizyczne przywrócenie wzroku ma się w naszych oczach urzeczywistnić: zwycięstwo nad cierpieniem. Cierpienie niewidomego jest zbyt realne, codzienne, co chwila doświadczalne, by nakazy społeczne, moralności indywidualnej, rodzinnej, humanitarnej w chwilach nawiedzenia tego nocnego gościa mogły wystarczyć. Niewidomy żąda nietylko rozwiązania zagadki swego nieszczęścia, ale i duchowego uleczenia. To właśnie daje mu wiara, wiara w to, że cierpienie nie jest przypadkiem w ekonomji świata i że zostając tu na ziemi zawsze tajemnicą, rozwiązuje się w drugiej, przewyższającej ją tajemnicy Miłości. Tylko miłość i ofiara Boga - Człowieka, zostając do chwili rozjaśnienia wszystkich tajemnic, najdziwniejszą tajemnicą, nietylko swym blaskiem rozjaśnia mrok cierpienia, ale je również leczy. Światło wiary przywraca sens cierpieniu, miłość je leczy, napełniając je dobrem, którego było pozbawione, bo z natury swej cierpienie jest widomym znakiem jakiegoś braku.

Na tym fundamencie oparta jest ideologja wychowawcza Towarzystwa, które w pierwszym rzędzie stara się dźwignąć duszę niewidomego z mroku rozpaczy i bezcelowości samej ślepoty. Prawo do obywatelstwa duchowego Ewangelji odkrywa niewidomemu pole do zrealizowania najistotniejszych wartości człowieka, tworząc więź społeczną z widzącymi najgłębszą, bo opartą na możności dzielenia się z nimi własnym dorobkiem duchowym. W ten sposób urzeczywistnia się pierwszy etap wychowania i zrównania duchowego niewidomego ze światem widzących.

Dopiero tak wychowane od lat najmłodszych dziecko, czy tak postawiony duchowo dorosły staje się przedmiotem dalszej opieki, mającej na celu wykształcenie i wyszkolenie samodzielnego życia, zawsze jednak przy umiejętnej i dyskretnej współpracy z widzącymi. Ten drugi etap charakteryzuje powrót niewidomego i czynny udział w społeczności widzących przez to, co stanowi podstawę współżycia społecznego między ludźmi, to znaczy pracę.

Jak każde zamierzenie, tak i inicjatywa Założycielki Towarzystwa spotkała się zaraz na początku z dużemi trudnościami. Musiano pomyśleć o założeniu własnych szkół, warsztatów i patronatu, ożywionych właściwym duchem i kierowanych wspomnianemi wyżej zasadami. Powstało przedszkole, szkoły dla chłopców i dziewcząt, warsztaty reedukacyjne dla dorosłych, patronat. Rozwijające się zakłady i szkoły potrzebowały licznego płatnego personelu, co znacznie obciążało budżet Towarzystwa. Rozwiązanie tych trudności dokonało się po wojnie, dzięki Założycielce Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi, która dając, jak zawsze pierwsza, przykład ofiarności i poświęcenia, zostaje sama Siostrą, powołując do życia Zgromadzenie Sióstr wyłącznie oddanych służbie niewidomych. W ten sposób powstał stały bezpłatny i wyszkolony personel, zapewniający ciągłość i trwałość rozpoczętej pracy. Zarząd Towarzystwa pracuje bezinteresownie, a większość członków oddaje cały swój czas pracy, współżyjąc osobiście z niewidomymi.

Po wojnie Towarzystwo powoli rozszerza i rozbudowuje w Laskach pod Warszawą przedszkole, szkoły i warsztaty, zostawiając w Warszawie Patronat. Przedszkole, szkoły i warsztaty chce Towarzystwo traktować, jako wzorowe placówki, które służyć będą swojem doświadczeniem innym, mającym powstać w Polsce zakładom tego samego typu.

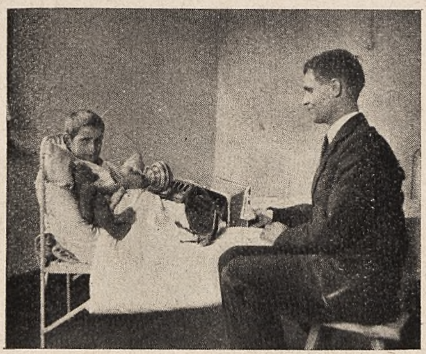
W Laskach ma z czasem powstać służąca potrzebom niewidomych wszystkich dzielnic Polski ekspozytura wszystkich typów opieki nad niewidomymi. Zadanie to, dzięki fachowemu personelowi sióstr i osób świeckich, pracujących ideowo, może urzeczywistnić się stopniowo. Przewidziana jest budowa pawilonu dla niemowląt, dzieci anormalnych, trudnych do prowadzenia, epileptyków, głucho-ciemnych, home'u dla inteligencji ociemniałej, wreszcie — szpitala.

Z racji stosunkowo niewielkiej ilości dzieci i dorosłych w wymienionych działach i bardzo trudnej opieki, wymagającej zupełnego poświęcenia się i specjalizacji ze strony personelu, z zakładów tych będą mogły korzystać wszystkie dzielnice Polski, odciążając w ten sposób szkoły i różne zakłady z elementu, utrudniającego normalną pracę.

Dla tak pojętego zadania należy przeprowadzić badania szczegółowe nad ogólnym stanem i potrzebami niewidomych w Polsce. Towarzystwo inauguruje to w 1925 r. przeprowadzając, przy pomocy Urzędu Statystycz-

nego, spis niewidomych w całej Polsce. Uzyskanych tą drogą zgórą 18 tysięcy kwestjonarjuszy stanowi pierwszą, acz jeszcze niedokładną naukową podstawę do planowej rozbudowy opieki, tak dla zainteresowanych ministerstw i samorządów, jak i samych instytucyj, zajmujących się niewidomymi. W 1934 roku uzupełnia się statystyka dzieci niewidomych w wieku szkolnym danemi, zebranemi przez inspektoraty szkolne. W ten sposób Towarzystwo, nie ingerując w życie innych instytucyj, dopomaga zebranym materjałem w planowem ujęciu pracy i inicjatywy na poszczególnych odcinkach i w różnych dzielnicach Polski.

Drugą zkolei pracą, mającą charakter ogólny, było opracowanie jednolitego alfabetu dla 3 dawnych zaborów, którego brak uniemożliwiał korzystanie z drukowanych podręczników pismem Braille'a i bibljotek. Pracy tej dokonało Towarzystwo, ustalając alfabet, który został zatwierdzony przez Ministerstwo Oświaty i obowiązuje dziś we wszystkich szkołach. Również Towarzystwu zawdzięczają niewidomi utworzenie polskich skrótów, rodzaju stenografji dla niewidomych, znakomicie zmniejszającej objętość kosztownych książek brajlowskich i obowiązujących dziś na terenie całej Polski.



Starszy wychowanek Zakładu w Laskach opiekuje się młodszym

Dla przygotowania tych prac, Towarzystwo nawiązuje stosunki ze wszystkiemi pokrewnemi instytucjami zagranicznemi oraz wysyła zagranicę swych przedstawicieli dla przeprowadzenia studjów na miejscu. Od 1935 r. Towarzystwo ma stałego przedstawiciela w Komisji dla Szkolnictwa dla Niewidomych w Ministerstwie Oświaty.

W Laskach gromadzą się materjały naukowe i rozszerza się sekcja studjów nad całokształtem sprawy niewidomych, będąca jakby mózgiem wszystkich poczynań Towarzystwa. Rozszerza się również i rozwija Biuro Przepisywania Książek pismem Braille'a, oraz największa w kraju brajlowska bibljoteka, rozsyłająca książki bezpłatnie wszystkim zgłaszającym się do niej niewidomym.

Rozwija się wreszcie powoli najważniejszy organ Towarzystwa, mający stanowić jakby najcharakterystyczniejszą cechę jego działalności: P a t r o n a t. Patronat ma dopełnić to, co szkoła i wychowanie zawodowe dało niewidomemu, readaptując go do środowiska widzących, otaczających go dyskretną i skuteczną pomocą. Celem Patronatu jest wydobycie maximum

samodzielności z niewidomego, usuwając tylko te przeszkody, które uniemożliwiają mu normalną pracę zarobkową, zdobytą w szkole i w warsztacie.

Patronat Towarzystwa nie ogranicza się tylko do wychowanków własnych szkół ani do reedukacji ociemniałych z terenu Warszawy, ale w miarę zgłoszeń i możliwości daje pomoc niewidomym z całego kraju, którzy się o tę pomoc zgłaszają. Patronat ma swoje filje w Wilnie, w Poznaniu i w Chorzowie.

Prócz moralnej opieki, zachęty i podtrzymywania w trudnych chwilach, które każdy człowiek, a tembardziej niewidomy przeżywa, Patronat Towarzystwa prowadzi bądź stałe zbiorowe warsztaty pracy lub dorywcze kursy, podejmując się zbytu towarów, wyrobionych w warsztatach, bądź instalując indywidualne, chałupnicze warsztaty pracy. Zajmuje się zakupem surowców, pośredniczy w otrzymywaniu pracy. Jeżeli niewidomi są niezdolni do pracy z powodu wieku czy choroby, Patronat wyszukuje pracę i pośredniczy w znalezieniu zarobku przez zdrowych członków rodziny. Czuwa stale nad wszel-



Gry i zabawy dzieci w Zakładzie w Laskach

kiemi zmianami, zachodzącemi na rynku pracy, dostosowując się do możliwości, które stwarzają nowe konjunktury. W Warszawie prowadzi jadłodajnię, rozdaje ubogim i niezdolnym do pracy żywność, pośredniczy przez sekcję prawną w różnych sprawach sądowych, mieszkaniowych swoich patronowanych. Posiada sekcję odzieżową. Przez bezpłatne porady lekarskie, pomoc szpitalną, ambulatoryjną czuwa nad zdrowiem niewidomych. Podtrzymuje kontakt i zainteresowanie ogólnemi sprawami, organizując w świetlicach odczyty i pogadanki. Osoby patronujące odwiedzają niewidomych w mieszkaniach, pełniąc wszystkie możliwe usługi, sprzątając, czytając głośno, wyręczając ich w załatwianiu przeróżnych spraw i interesów, nawiązując z nimi w ten sposób bezpośredni przyjacielski kontakt, podnosząc ich poziom moralny, kulturalny i higjeniczny. Latem patronowani korzystają z letniska

Towarzystwa pod Warszawą. Przez korespondencję i wyjazdy na prowincję Patronat informuje, radzi, pośredniczy, załatwia przez swoje stosunki najróżnorodniejsze sprawy niewidomych.

Niewidomi z inteligencji, tracący wzrok, lub świeżo go pozbawieni, przyjeżdżają do Lasek na dłuższy lub krótszy czas dla przystosowania się do nowych warunków życia, które stwarza ślepota. Dla patronujących odbywa się stały kurs tyflologji i zebrania dwutygodniowe, na których są omawiane bieżące potrzeby ociemniałych. Patronujący rekrutują się bądź ze sfer młodzieży uniwersyteckiej, bądź z inteligencji pracującej.

Ten dział pomocy przez Patronat wraz z naukowem badaniem sprawy ociemniałych i istniejącemi w Laskach lub mającemi powstać wzorowemi jednostkami wszystkich wymienionych wyżej rodzajów zakładów, stanowi specyficzny charakter pracy Towarzystwa. W roku bieżącym zakres działalności Towarzystwa rozszerza się znacznie, dzięki przejęciu przez Towarzystwo zakładów Stowarzyszenia Niewidomych Województwa Śląskiego z siedzibą w Chorzowie.

Z tego pobieżnego zarysu wynika, że Towarzystwo służy niewidomym wszystkich ziem polskich i dlatego zwraca się ono do wszystkich ziem z prośbą o pomoc w realizacji swych zamierzeń. Organizuje w tym celu w dniach 13 i 14 września br. zbiórkę na obszarze całej Rzeczypospolitej.

Towarzystwo świadome jest ciężkiego kryzysu ekonomicznego, przeżywanego przez społeczeństwo, tem niemniej nie waha się prosić o pomoc ze względu na brak stałych funduszów, zabezpieczających nietylko konieczne powstawanie i rozrost nowych placówek, ale nawet utrzymanie i wyżywienie ociemniałych. Niestałość budżetu ogromnie utrudnia planową i spokojną pracę zarządu i personelu. Towarzystwo wierzy jednak głęboko w Opatrzność Bożą i ufa dobrym sercom ludzi, czego tyle dowodów doznało w ciągu dwudziestu pięciu lat swego istnienia. I ufa, że się nie zawiedzie!

Antoni Marylski

Pielęgniarstwo zagranicą

„z Międzynarodowego Przeglądu Pielęgniarskiego", Nr 2, 1936.

Nowa szkoła pielęgniarstwa w Belgji

W marcu b. r. odbyło się otwarcie Uniwersyteckiej Szkoły pielęgniarek przy nowym Szpitalu św. Piotra w Brukseli. Szkoła została otwarta dzięki wysiłkowi miasta, komisji op. społ., uniwersytetu, Fundacji Rockefellera, oraz sukcesji dra A. Depage. — Dyrektorką Szkoły jest p. Mechelynck.

Pielęgniarka społeczna w Austrji

Stowarzyszenie austrjackich pielęgniarek społecznych rozesłało ankietę do 390 członkiń w sprawie warunków ich życia i pracy. Ankieta wykazała co następuje:

Stan cywilny: 73% pielęgniarek jest niezamężnych. Wiek: 29% ma lat 20—30, 50% 30—40, 16% od 40—50, 5% powyżej 50 lat. Wykształcenie ogólne: przeważnie wysokie, (dużo matur, trafiają się doktoraty); zawodowe w 90% jest zupełne. Powody obrania zawodu są różne: dobrowolny wybór, przypadek, chęć zarobkowania łatwego do osiągnięcia w porównaniu do innych zawodów. Konieczność materjalna zmusza pielęgniarki do pracy w 97%. Obowiązek wspierania rodziny spoczywa częściowo lub całkowicie na ⅔ pielęgniarek. Żadna pielęgniarka nie jest ubezpieczona na wypadek starości lub niezdolności do pracy, poza obowiązkowemi ubezpieczeniami państwowemi. Na pytanie, jak ułożyłyby się warunki życia pielęgniarki, gdyby przestała pracować?— 78% odpowiedziało: „ubóstwo“, 5%: „znaczne ograniczenia“, 6%: „życie na utrzymaniu rodziny“. Na ostatnie pytanie „czy z wielkim żalem opuściłaby pani zawód?“ 80% odpowiedziało twierdząco. (*Hilda Wolf:* Warunki pracy i życia pielęgniarki społecznej w Austrji).

Pielęgniarki w służbie lotniczej

Sanitarna służba lotnicza polegała do niedawna tylko na transporcie chorych; dziś odgrywa ona znaczną rolę w ogólnej służbie zdrowia i ratownictwie. Wartość jej i znaczenie okazały się w pełni w ostatnich czasach podczas trzęsienia ziemi w Indjach, podczas katastrof w Stanach Zjednoczonych i podczas wojny włosko-abisyńskiej. W niektórych krajach aeroplany zaopatrzone są w sale operacyjne. Francuski i angielski Czerwony Krzyż zorganizował pierwszy szkolenie pielęgniarskiego personelu lotniczego. Plan lotniczej służby sanitarnej francuskiej dla kolonij północno-afrykańskich, jak również analogiczny plan australijski, przewiduje, że pielęgniarka będzie wchodziła w skład załogi (pilot, lekarz — czasem w jednej osobie — oraz pielęgniarka). Byłoby pożądanem, aby pielęgniarka umiała również prowadzić maszynę. Między 402 kobietami-pilotkami w Stanach Zjednoczonych są i pielęgniarki. We Francji kilka, a w Anglji sporo pielęgniarek zdało egzamin pilotek. (*Maynard L. Carter:* Pielęgniarka a lotnictwo).

Administracja „Pielęgniarki Polskiej“
będzie urzędowała podczas Walnego Zjazdu PSPZ
w Warszawie,
w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, Koszykowa 78

XI Walny Zjazd

Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych w Warszawie

PROGRAM

Sobota, dnia 10 października 1936

godz. 8.30: Msza św. w kościele PP. Wizytek, odprawiona przez Ks. Prałata Tadeusza Jachimowskiego,

godz. 10.00: Walne zebranie PSPZ (wstęp tylko dla członków) *w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, Koszykowa 78.*

godz. 16.00: Otwarcie Zjazdu *w sali Polskiego Towarzystwa Higjenicznego, Karowa 31.*

Referat:

P. Anna Sawczyńska: P i o n i e r s k a p r a c a p i e l ę g n i a r e k n a p r o w i n c j i.

Demonstracje odwiedzin pielęgniarek w chacie wiejskiej.

Niedziela, dnia 11 października 1936

godz. 9.45: Posiedzenie dyskusyjne *w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa, Koszykowa 78.*

Przewodnicząca: p. Jadwiga Suffczyńska. Referent główny: dr. Marcin Kacprzak.

Nazwiska koreferentek zostaną podane później.

godz. 16.00: Zamknięcie Zjazdu (wstęp dla członków PSPZ) *w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa.*

godz. 19.00: Herbatka towarzyska *w Warsz. Szkole Pielęgniarstwa.*

Poniedziałek, dnia 12 października 1936

Zwiedzanie szpitali, instytucyj społecznych i t. d.

Starania o zniżki kolejowe w drodze powrotnej są w toku. Zjazd poprzedzi

KURS DOKSZTAŁCAJĄCY PSPZ

który odbędzie się *w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa.* Będzie miał na celu danie wytycznych przy urządzaniu kursów dokształcających dla pielęgniarek niedyplomowanych, mających zdawać egzamin państwowy, w myśl ustawy o pielęgniarstwie. Program jego jednak interesuje ogół pielęgniarek, które mają sposobność nietylko obeznania się z metodami dokształcania, ale i uproszczoną techniką zabiegów pielęgniarskich, a również odświeżenia sobie w pamięci ogólnych zasad pielęgniarstwa.

Zgłoszenia na kurs przyjmuje do 20 września 1936, p. St. Orzechowska, Warszawa, Nowogrodzka 71, Społeczna Opieka Przyzakładowa.

PROGRAM

Środa, dnia 7 października 1936

P. Marja Babicka-Zachertowa: Kursy przygotowawcze do egzaminów państwowych (1 godz.).

Prof. Czesław Babicki: Zasady organizacji kursów przeszkalających (2 godz.).

PP. Władysława Szczepkowska i Małgorzata Żmudzka: Pielęgniarstwo ogólne (2 godz.).

Czwartek, dnia 8 października 1936

P. Zofja Łącka: Prowadzenie kursów pogotowia sanitarnego (1 godz.).

P. Teresa Kulczyńska: Aseptyka w zabiegach pielęgniarskich (2 godz.).

* * * : Pielęgniarstwo dziecięce (1 godz.).

Piątek, dnia 9 października 1936

PP. Władysława Szczepkowska i Małgorzata Żmudzka: Pielęgniarstwo ogólne (2 godz.).

P. Teresa Kulczyńska: Aseptyka w zabiegach pielęgniarskich (1 godz.).

* * * : Pielęgniarstwo dziecięce (1 godz.).

Rozkład godzin podany zostanie później.

Wycieczki:

Instytut Higjeny Psychicznej,
Instytut chirurgji urazowej,
Pracownia biologiczna przy Szpitalu PCK.

Opłata za kurs wynosi 3 zł. Uczestniczkami mogą być tylko członkowie PSPZ.

Komisja Organizacyjna prosi Koleżanki o zgłaszanie się o kwatery na czas trwania Kursu i Zjazdu do dnia 20 września b. r., przyczem należy przysłać 5zł. à conto, pod adresem: Marta Kramarczukówna, Warszawa, Koszykowa 78, Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa.

Należy zaznaczyć, czy Koleżanki zamawiają kwatery na okres Kursu i Zjazdu (razem 6 dni), czy też tylko na okres Kursu (3 dni), lub tylko Zjazdu (3 dni). — Ceny za kwaterę od 2—3 zł. Posiłki po niskich cenach.

Koleżankom, które nie zgłoszą się do dnia 20 września, Komisja Organizacyjna nie będzie mogła zapewnić kwater.

Kronika pielęgniarska

SPRAWOZDANIE ROCZNE STOWARZYSZENIA ZAWODOWYCH PIELĘGNIAREK i HIGJENISTEK W POZNANIU ZA CZAS OD 21 LUTEGO 1935 r. DO 20 LUTEGO 1936

Dnia 29-go lutego 1935 r. na walnem zebraniu Stowarzyszenia Zawodowych Pielęgniarek i Higjenistek w Poznaniu, trzynastem z rzędu od chwili powstania Stowarzyszenia, wybrano zarząd w następującym składzie: przewodnicząca — p. Marja Stenclówna, wiceprzewodnicząca — p. Czesława Rudnicka, sekretarka — p. Irena Weimanówna, skarbniczka — p. Zdzisława Szulczewska, członek Zarządu — p. Zofja Łazarewiczówna. W okresie sprawozdawczym odbyto 8 zebrań miesięcznych i 6 zebrań Zarządu. Zamiast zebrania miesięcznego w grudniu urządzono dnia 19-go grudnia wieczór wigilijny z drzewkiem, połączony z łamaniem się opłatkiem, śpiewaniem kolend i obdarzaniem się upominkami. W okresie wakacyjnym — od czerwca do sierpnia włącznie — na skutek urlopów zebrań nie było.

Zebrania miesięczne odbywały się w świetlicy sióstr 7 Szpitala Okręgowego, jedno na Górnej Wildzie w Uniwersyteckiej Klinice Ortopedycznej.

W roku 1935 Stowarzyszenie liczyło 71 członkiń. Obecnie Stowarzyszenie posiada 66 członkiń. — Stowarzyszenie, dla podtrzymania życia towarzyskiego, rozpoczęło pracę urządzeniem „ostatków", na których licznie zebrane koleżanki przy herbatce i bridgu miło spędziły wieczór.

Na miesięcznych zebraniach, poza załatwianiem spraw czysto zawodowych, wygłoszone były następujące referaty: W marcu 1935 r.: Cele i zadania szkolenia sióstr pogotowia sanitarnego — p. Irena Weimanówna. W październiku 1935 r.: Akcja przeciwgruźlicza zagranicą — p. doc. dr. J. Zeyland. W listopadzie 1935 r.: Objawy i pielęgnowanie ostrych stanów zapalnych stawów — p. doc. dr. Raszeja. W styczniu 1936 r. artykuły „O znachorstwie w Polsce", „O pracy Czerwonego Krzyża w Abisynji", z miesięcznika Polski Czerwony Krzyż — odczytała p. Rudnicka.

Zebranie majowe poświęcono pamięci Pierwszego Marszałka Polski, ś. p. Józefa Piłsudskiego.

W okresie sprawozdawczym zakupiono dla Stowarzyszenia maszynę do pisania (mały Remington), ułatwiło to ogromnie pisanie sprawozdań miesięcznych i wysyłanie ich na prowincję.

Na Walny Zjazd do Krakowa wysłano p. Stenclównę. W kursie dokształcającym w Krakowie przed Zjazdem wzięły udział 4 absolwentki, w Zjeździe — 9 absolwentek Szkoły Poznańskiej.

Na każdem prawie zebraniu miesięcznem poruszana była sprawa prenumeraty „Pielęgniarki Polskiej".

W przeciągu roku sprawozdawczego udzielono potrzebującym koleżankom pożyczki zwrotnej w sumie 885 zł. 17 groszy.

W roku ubiegłym zwiedzono: nowy gmach Szpitala Okręgowego, oraz Uniwersytecką Klinikę Ortopedyczną na Górnej Wildzie w Poznaniu. Zebrania miesięczne zaznaczały się przeciętnie dość pokaźną liczbą stowarzyszonych członkiń; mile widziane były absolwentki z innych szkół.

Na walnem zebraniu, dnia 20 lutego 1936 r. wybrano nowy zarząd, w skład którego weszły pp. Czesława Rudnicka, prezeska, Marja Stenclówna, wiceprezeska, Zdzisława Szulczewska, skarbniczka, Janina Polówna, sekretarka, Zofja Łazarewicz czł. Zarządu.

SPRAWOZDANIE KASOWE STOWARZYSZENIA ZAWODOWYCH PIELĘGNIAREK i HIGJENISTEK W POZNANIU ZA CZAS OD 21 LUTEGO 1935 DO 4 LUTEGO 1936:

DOCHÓD:

Saldo kasowe z dnia 21-go lutego 1935 roku	2,064.10
Wpływy ze składek członkowskich	848.50
Zwrot udzielonych pożyczek	870.50
4 procent od udzielonych pożyczek i sum z PKO. m. Poznania	128.92
zł.	3,912.02

ROZCHÓD:

Składka roczna do PSPZ i koszta zjazdu		333.90
Zakup maszyny do pisania		470.00
Wydatki kancelaryjne		92.85
Udzielone pożyczki		885.17
Herbatki		93.08
		zł. 1,875.00
	Saldo	zł. 2,037.08
		zł. 3,912.08

DŁUŻNICY:

Pożyczki udzielone	220.00
Zaległe składki	423.00
	zł. 643.00

INWENTARZ:

Fortepian	450.00
Szafa	20.00
Maszyna do pisania	470.00
	zł. 940.00

Kurs higjeny psychicznej

W dniu 1 listopada 1936 rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny (Instytut Higjeny psychicznej) w Warszawie czteromiesięczny kurs dla pielęgniarek i wychowawczyń, ewent. wychowawców z zakresu higjeny psychicznej. Na kurs będą przyjmowane przedewszystkiem pielęgniarki z ukończoną szkołą pielęgniarską, następnie pielęgniarki, uprawnione do zdawania egzaminu państwowego (19 art. ustawy o piel.), wreszcie wychowawczynie z ukończonem seminarjum nauczycielskiem lub gimnazjum i co najmniej trzyletnią praktyką wychowawczą w zakładach.

Opłata za kurs wyniesie 100 zł. po 25 zł. miesięcznie. Przy zapisie należy wnieść 25 zł. Zgłoszenia przyjmuje Instytut Higjeny Psychicznej, Warszawa, Puławska 91.

Ministerstwo Op. Społ. pismem okólnem, ogłoszonem w Dzienniku Urzędowym Min. Op. Społ. Nr. 16 z dnia 15 sierpnia 1936, zawiadamia o powyższem urzędy wojewódzkie i Komisarjat Rządu m. st. Warszawy, prosząc o nadesłanie wykazu osób, które zamierzają wziąć udział w Kursie, z zaznaczeniem, które z tych osób będą wysłane przez instytucje i na ich koszt (płatne urlopy), a które na koszt własny. Ten sam Dziennik podaje program kursu:

Program Kursu dla Pielęgniarek i Wychowawczyń(ców) w zakresie higjeny psychicznej.

1) Ogólne podstawy wychowania.

Cel wychowania, stosunek wychowania do środowiska wychowawczego, współpraca szkoły z domem, zasadnicze postulaty nowoczesnych metod wychowawczych . . . 12 g.

Zajęcia praktyczne w szkole dla rodziców . . . 8 g.

2) Psychologja dziecka i psychologja wychowawcza . . . 40 g.

Wybrane zagadnienia z psychologji ogólnej.
Psychologja, jako jedna z podstaw pedagogiki.
Zakres i zadania psychologji wychowawczej.
Metody badań psychologicznych.
Dziedziczenie cech psychicznych.

Granice oddziaływania wychowawczego.
Rozwój psychiczny i wychowanie dziecka:
a) niemowlęctwo,
b) wczesne dzieciństwo,
c) średnie dzieciństwo,
d) późne dzieciństwo,
e) okres przedpokwitania,
f) okres pokwitania,
g) wiek młodzieńczy,
h) psychologja kontaktu wychowawczego.

Zwiedzanie zakładów w celach obserwacji (pod nadzorem) dzieci w różnym wieku w różnych warunkach środowiskowych. Zapoznanie się z metodami badań (testy, kwestjonarjusze i t. d.) . . . . . 30 g.

Zajęcia i zabawy grupowe i indywidualne z dziećmi. Kontakt wychowawczy, technika rozmowy z dzieckiem . . . . 30 g.

3) Pedagogika specjalne.

Zakres pedagogiki leczniczej i instytucje, któremi się posługuje. Istota szkolnictwa specjalnego . . . . 10 g.

Metody oddziaływania. Zajęcia praktyczne . . . . . . 10 g.

4) Podstawy neuropatologji (najważniejsze objawy chorób nerwowych i wyjaśnienie ich mechanizmu) — wraz z pokazem chorych 15 g.

A) Zarys anatomji i fizjologji centr. układu nerwowego,

B) Schorzenia organiczne:
a) schorzenia mózgu i jego opon
b) „ zwojów podstawowych,
c) „ móżdżku i jego układów,
d) „ rdzenia.

C) Schorzenia czynnościowe (nerwice i psychonerwice) — wraz z pokazem chorych

5) Psychopatologja ogólna . . . . 30 g.

A) Najważniejsze objawy chorób psychicznych
a) Zaburzenia: postrzegania i pamięci,
b) „ kojarzeń i orjentacji,
c) „ afektywne,
d) „ wyższych kategorji psychicznych.

B) Najważniejsze zespoły objawowe chorób psychicznych,
a) stany zamroczeniowe i majaczeniowe,
b) „ osłupieniowe,
c) „ manjakalne i depresyjne,
d) „ rozszczepieniowe i autystyczne,
e) „ aligofreniczne i otępieniowe.

6) Psychjatrja szczegółowa.
a) Najważniejsze postacie kliniczne (z pokazami chorych). 8 g.
b) Pielęgnowanie chorych psychicznie . . . . 7 g.

7) Psychjatrja sądowa . . . . 5 g.
a) Kryterja poczytalności, niepoczytalności i poczytalności zmniejszonej
b) Sądowo-psychjatryczne znaczenie niektórych zaburzeń i chorób psychicznych,

c) Środki zabezpieczające przeciw przestępcom nienormalnym psychicznie.

8) Zagadnienia alkoholizmu. 5 g.

9) Neuropsychjatrja dziecięca (wraz z pokazem chorych) . . 40 g.

1) Dziecko nerwowe i neuropatyczne,
2) Dziecko psychopatyczne,
3) Dziecko upośledzone i zaniedbane umysłowo,
4) Dziecko upośledzone i zaniedbane moralnie,
5) Dziecko epileptyczne,
6) Dziecko głuchonieme i ociemniałe.

10) Wywiad socjologiczny i jego znaczenie praktyczne . . 5 g.
Ćwiczenia praktyczne . . . . 20 g.

11) Higjena psychiczna: historja jej rozwoju, jej stan w Polsce i zagranicą. Higjena psychiczna na terenie rodziny, szkoły, w środowisku pracy etc. Poradnictwo zawodowe w nienormalnościach psych. (teorja 15 godz., praktyczne zajęcia 10 godz.) . . 25 g.

12) Najważniesjze kierunki psychoterapji łącznie z zagadnieniami terapji pracy. (Teorja 8 godzin, zajęcia praktyczne 7 godzin) 15 g.

315 g.

Z czego zajęć praktycznych 122 i teorji 193 godzin.

Wykłady z ćwiczeniami, praktyka w różnych działach Instytutu, praktyka w szkołach specjalnych, zwiedzanie instytucyj pokrewnych wypełnią 3 mies. 4-ty miesiąc będzie poświęcony praktyce w jednym z zakładów psychjatrycznych. Liczba godzin zajęć dziennych w Instytucie wyniesie 6—7 godzin, z czego 4 przeznaczone będą na wykłady, pokazy i ćwiczenia — reszta (2—3) na praktykę na: oddziale neuropsychjatrji dziecięcej (15 dni — po 2—3 godz. każdy), praktykę w przychodni dla dzieci neuropatycznych (15 dni), praktykę w różnych klasach Instytutu Pedagogiki Specjalnej (6 dni), w zakładach wychowawczych różnego typu (10 dni), w przedszkolach (5 dni), w sądzie dla nieletnich (5 dni), w poradni Patronatu (5 dni) i w innych instytucjach oraz wycieczki (15 dni). Razem 75 dni po 2—3 godzin = (150—225) godzin praktyki.

Komunikat

Polski Związek Przeciwgruźliczy otrzymał wiadomość, że X Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, który miał się odbyć w roku bieżącym, w dniach 7—9 września w Lizbonie, został odłożony. O dacie Zjazdu nastąpi oddzielne zawiadomienie.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem Romana Ferka.